

CENTRE DE SOUTIEN AU RÉSEAU FAMILIAL

843 rue Cowie, Granby, Québec
soutienreseaufamilial@qc.aira.com

450.375.9115

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code postal: _____

Téléphone: _____

Courriel: _____

Mois de naissance: _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Pourquoi désirez-vous devenir membre de l'organisme?

Votre opinion compte pour nous. Dans le but de répondre à vos besoins, nous aimerions savoir quelles activités et quels thèmes vous aimeriez que nous traitions dans l'année à venir :

Désirez-vous être bénévole pour l'organisme? Oui Non

Voulez-vous être appelé pour que nous vous informions de nos activités? Oui Non

Si oui accepteriez-vous que ce soit un bénévole qui vous téléphone? Oui Non

De qui prenez vous soin et qu'elle est son incapacité? (réponse facultative)

S.V.P. Compléter ce formulaire et nous le retourner à l'adresse mentionnée au haut de la page. Merci!